

31/S4

VOLUME 31 - SUPLEMENTO 4
ABRIL DE 2021
ISSN 0103-880 X
E-ISSN 2238-3181

RMMG

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS



IV CAMU CONGRESSO ACADÊMICO DE MEDICINA UNIFENAS - BH

CONGRESSO ACADÊMICO DE MEDICINA UNIFENAS BH. | DE 23 A 26 DE NOVEMBRO DE 2020.

Suplemento do IV Congresso
Acadêmico de Medicina da
Unifenas-BH (CAMU)

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE

Aginaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE

Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS

CIRURGIA

Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA

Enio Roberto Pietra Pedrosa
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

Aginaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL

Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA

Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA

Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA

Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM

Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL

Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical
Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnio
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker
Organização Mundial da Saúde
Genebra, SUÍÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPA
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim
College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Universite de Montreal
Montreal - QC, CANADA

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carnevalheiro
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saúde - OMS
Genebra, SUÍÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of California
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Kruel
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis, SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suíça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horizonte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas
René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

EXPEDIENTE

REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

MANTENEDORA:

Associação Médica de Minas Gerais – AMMG
UNIMED BH

EDITOR-CHEFE

Prof. Dr. Agnaldo Soares Lima

COORDENAÇÃO ADMINISTRATIVA

Yuri Cordeiro D'Agostini (Associação Médica de Minas Gerais)

INDEXADA EM:

LILACS-Literatura Latino-Americana e do Caribe em
Ciências da Saúde;
PERIÓDICA-Índice de Revistas Latinoamericanas;
LATINDEX – Sistema Regional de Información en Línea para
revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN: 0103-880X

e-ISSN: 2238-3181

Disponível em:

www.rmmg.org

Faculdade de Medicina da UFMG:

<<http://rmmg.medicina.ufmg.br/>>

Biblioteca Universitária da UFMG:

<<https://www.bu.ufmg.br/periodicos/revista-medica-de-minas-gerais>>

Portal de Periódicos CAPES:

<<http://www.periodicos-capes.gov.br/ez27.periodicos.capes.gov.br/>>

Afiliada à Associação Brasileira de Editores Científicos (ABEC)

Início da Publicação: v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Trimestral

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão
de manuscritos estão disponíveis em: <www.rmmg.org>

Correspondências:

Revista Médica de Minas Gerais –
Associação Médica de Minas Gerais
Av. João Pinheiro, 161 – Biblioteca Virtual. CEP: 30130-183
Belo Horizonte, MG – Brasil. Telefone: 55-31-3247-1633
e-mail: revistamedica@ammg.org.br

Submissão de artigos:

www.rmmg.org

Diagramação:

Museale - serviços gráficos e culturais
www.museale.com.br

Ao Editor chefe da Revista Médica de Minas Gerais,

3 de dezembro de 2020

Prezado editor chefe,

Meu nome é Eliane Perlatto Moura, possuo graduação em Farmácia pela Universidade Federal de Minas Gerais (1988), mestrado em Ciências Farmacêuticas (área de concentração: Química biológica e Toxicológica) pela Universidade Federal de Minas Gerais (2002), doutorado em Ciências: Parasitologia (área de concentração: Imunoparasitologia) pela Universidade Federal de Minas Gerais (2007) e pós doutorado em Patologia Geral pela UFMG (2009). Atualmente sou docente do curso de Medicina da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS- BH), atuando nas seguintes áreas: Metodologia científica, cito/histologia, patologia geral e patologia clínica e docente permanente do mestrado profissional em ensino em saúde da UNIFENAS-BH atuando na área de medicina centrada na pessoa e desenho e planejamento de currículo. Sou coordenadora do Núcleo de Apoio à Pesquisa da UNIFENAS-BH. Possuo diversas participações em Congressos, várias orientações de Dissertações, Temas Livres e Poster e artigos científicos publicados.

Venho por intermédio desta atestar a qualidade dos trabalhos que foram apresentados no Congresso Acadêmico de Medicina (CAMU). Ressalto que todos os trabalhos foram avaliados por duas bancas, compostas por professores da instituição, na qual foram avaliados a pertinência do estudo, o cumprimento do método científico, ausência de plágio e de outras práticas danosas. Os trabalhos abordam o espectro de pesquisa em atenção primária visando informações sobre a prática clínica, qualificação do serviço de saúde e melhoria da educação da área.

Att.,

Eliane Perlatto Moura

Coordenadora do Núcleo de Apoio à Pesquisa da UNIFENAS-BH
CV: <http://lattes.cnpq.br/4613067362478614>



EDITAL DE TRABALHOS- IV CAMU

O Diretório Acadêmico Professor Edson Vellano (DAPEV) torna pública a abertura do edital de submissão de trabalhos para o “IV Congresso Acadêmico de Medicina da Unifenas-BH (CAMU) – O ensino médico e as perspectivas em relação ao futuro em tempos de pandemia”, que será realizado nos dias 23, 24, 25 e 26 de novembro de 2020, por plataforma online.

Artigo 1º: DO OBJETIVO

- 1.1. O presente edital objetiva promover a participação dos acadêmicos de medicina e das demais áreas da saúde da UNIFENAS, bem como de alunos matriculados em outras instituições de ensino superior autorizadas pelo MEC, além de médicos residentes e pós graduandos, desde que devidamente inscritos no IV CAMU.
- 1.2. Os acadêmicos interessados em submeter resumos no evento devem obrigatoriamente ser orientados por um pesquisador, médico e/ou professor universitário.
- 1.3. Serão aceitos trabalhos para apresentação na modalidade de e-pôster e oral, os quais devem estar inseridos na área médica ou das ciências da saúde.

Artigo 2º: DOS PRAZOS

- 2.1. A abertura do envio de trabalhos inicia-se em 24 de setembro de 2020, com encerramento às 23:59 horas do dia 5 de novembro de 2020. Trabalhos enviados após este período serão desconsiderados para fins de seleção.

Artigo 3º: DAS DISPOSIÇÕES PRELIMINARES PARA SUBMISSÃO DE RESUMOS

- 3.1. O primeiro autor do trabalho obrigatoriamente deverá estar inscrito no IV CAMU antes de submetê-lo na plataforma Congresse.me pelo link: <https://congresso.me/eventos/camu/artigos> e será o apresentador do mesmo em caso de aceite.
 - 3.1.1. Após o parecer da Comissão Julgadora, os coautores dos trabalhos aprovados para apresentação deverão de inscrever no evento (exceto o orientador), sob pena de exclusão do mesmo.
- 3.2. Cada acadêmico poderá submeter apenas um trabalho como autor principal, não havendo limite de participação como coautor.
- 3.3. Alterações posteriores no texto do resumo, assim como alterações de nome do autor principal, coautores, orientador e instituições relacionadas não serão permitidos após a submissão do trabalho.

3.4. Serão aceitos para avaliação da seleção da Comissão Julgadora os 100 primeiros resumos enviados, após essa quantia, a submissão de resumos será vedada.

3.5. Não serão aceitos quaisquer pedidos de revisões sobre as avaliações dos trabalhos científicos.

3.6. O descumprimento de qualquer item acima, bem como a identificação de plágio, acarretará em eliminação do processo seletivo.

3.7. É vedada a submissão de trabalhos como autor principal ou coautor por membros da Comissão de Trabalhos e também por integrantes da atual gestão do DAPEV.

Artigo 4º: DAS CATEGORIAS

4.1. Serão aceitos trabalhos nas seguintes categorias: pesquisa original, relato de caso inédito e revisão de literatura.

4.2. O número máximo de autores nas categorias relato de caso e revisão de literatura é cinco (incluindo o orientador), ao passo que os trabalhos de pesquisa original poderão ter até seis autores (incluindo o orientador).

4.3. Trabalhos que não se enquadrem em nenhuma das categorias supracitadas não serão considerados para avaliação.

Artigo 5º: DA SUBMISSÃO DE RESUMOS

5.1. Para realizar a submissão dos resumos será disponibilizado o link na bio do instagram (@camu_unifenasbh), o autor principal deverá:

5.1.1. Incluir o título, palavras chave.

5.1.2. Após incluir o título e inserir as palavras chave. O autor principal deve transcrever o resumo salvo em Word (doc. ou docx.) nos campos disponíveis.

5.2. Depois da inclusão do resumo, devem ser inseridos os nomes, e-mails e instituições dos autores e do orientador do mesmo (identificando-o com *).

Artigo 6º: DA FORMATAÇÃO DOS RESUMOS

6.1. Todos os trabalhos submetidos deverão seguir às seguintes normas quanto à formatação:

6.1.1. Título: Máximo de 150 caracteres, letras maiúsculas, arial 14, em negrito, alinhamento centralizado.

6.1.2. Identificação dos autores: Escrever o nome de todos os participantes do trabalho conforme costumam ou gostariam de vê-los citados, de acordo com as normas de Vancouver, iniciando pelo autor principal e finalizando pelo orientador.

6.1.3. Instituição de ensino: máximo de duas linhas, podendo ser utilizadas abreviaturas, que devem estar em maiúsculas.

6.1.3.1. A identificação dos autores e da(s) instituição (ões) de ensino deverão ser incluídas somente no arquivo que será anexado no campo “trabalho identificado”.

6.1.4. Corpo do texto: parágrafo único, contendo no mínimo 1800 e no máximo 2500 caracteres (contando espaços e pontuação), em arial 12, alinhamento justificado e espaçamento simples, de forma que os autores,

instituição, e-mail, referências e palavras-chaves não entram na contagem total de caracteres. Para pesquisas originais e revisões de literatura, as seguintes subdivisões devem ser incluídas nesta ordem: Introdução, Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Para relatos de caso, o texto deve ser estruturado da seguinte forma: Introdução, Descrição do Caso, Discussão e Considerações Finais. O corpo do resumo não deve conter imagens, figuras, gráficos e/ou tabelas.

6.1.5. Palavras-chave: o resumo submetido deverá conter entre três e cinco palavras-chave, obtidas nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e dispostas após o corpo do texto.

6.1.6. Referências Bibliográficas: deverão estar dispostas após as palavras-chave, numeradas, de acordo com as normas de Vancouver.

Artigo 7º: DO RESULTADO

7.1. Serão aprovados até 15 trabalhos pela Comissão Julgadora IV CAMU, dos quais 11 serão apresentados na modalidade e-pôster e 4 na modalidade oral, desde que atendam aos critérios de seleção e qualidade.

7.2. O resultado da avaliação será divulgado a partir do dia 05 de novembro de 2020, por meio do site do evento, das redes sociais do DAPEV e por mensagem enviada ao e-mail informado pelos autores no momento da submissão.

Artigo 8º: DA APRESENTAÇÃO DE e-PÔSTER

8.1. Os e-pôsteres deverão ser confeccionados conforme as normais descritas abaixo:

8.1.1. Tamanho: 120 cm de altura x 90 cm de largura.

8.1.2. Título: conforme submetido no resumo, em caixa alta, em arial, negrito e tamanho mínimo 48.

8.1.3. Autores: autor principal, coautores, orientador, segundo as normas de Vancouver; menção da instituição (nome completo da instituição de vínculo dos autores) na segunda linha; e e-mail para correspondência (do autor principal) na terceira linha.

8.1.4. Texto: letra de tamanho mínimo 32, arial, justificado.

8.1.5. Imagens: Incluir fontes e legendas autoexplicativas para figuras e tabelas.

8.1.6. Palavras-chave: cinco.

8.1.7. Referências: devem estar no final do corpo do texto, em fonte reduzida, conforme as normas de Vancouver.

8.2. Todos os pôsteres serão apresentados de forma virtual por meio da plataforma google meet disponibilizado o link pelos organizadores do evento.

Artigo 9º: DAS APRESENTAÇÕES ORAIS

9.1. Os quatro trabalhos que receberem as maiores notas na seleção prévia, serão apresentados na modalidade oral.

9.2. Os autores destes trabalhos deverão preparar apresentação em Powerpoint (versão 1997-2003):

9.2.1. O primeiro slide deve conter o layout do IV CAMU e apresentar o título do trabalho, o qual deve ser

idêntico àquele utilizado na submissão, bem como o nome completo dos autores e da instituição em que o mesmo foi desenvolvido.

9.3. Todas as apresentações devem ser enviadas para a Comissão Científica por meio do e-mail camucientifico@gmail.com impreterivelmente até o dia 12 de novembro de 2020.

9.4. A duração máxima de cada apresentação será de 7 minutos, sendo a cronometragem responsabilidade da Comissão Científica; as apresentações serão realizadas pela plataforma [googlemeet](https://meet.google.com/), no dia 26 de novembro de 2020, durante as mesas temáticas do CAMU, não havendo possibilidade de remanejamento para outras datas e horários.

9.5. A Comissão Científica se isenta de eventuais problemas técnicos que possam ocorrer durante as apresentações orais.

Artigo 10º: DOS CERTIFICADOS, PREMIAÇÕES E PUBLICAÇÃO DOS TRABALHOS

10.1. Cada autor principal receberá um certificado individual no e-mail informado no momento da inscrição, contendo o nome dos coautores e orientador, atestando sua participação como apresentador de e-pôster ou trabalho oral durante o IV CAMU.

10.2. Os três melhores trabalhos apresentados na modalidade oral receberão certificado de menção honrosa no encerramento do evento, assim como o melhor e-pôster.

10.3. Todos os trabalhos aprovados e efetivamente apresentados no IV CAMU serão publicados em suplemento especial na Revista Médica de Minas Gerais, no formato de resumo.

Artigo 11º: DAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

11.1. As dúvidas sobre quaisquer itens deste edital deverão ser encaminhadas para o email: camucientifico@gmail.com.

11.2. A Comissão Organizadora se resguarda o direito de decidir sobre qualquer situação não prevista neste edital ou de realizar quaisquer outras alterações que possam ser necessárias.

Belo Horizonte, 21 de setembro de 2020.

INSTRUMENTO SELEÇÃO DOS RESUMOS SUBMETIDOS
IV Congresso Acadêmico de Medicina da Unifenas-BH

TÍTULO DO TRABALHO:

NOTA:

Inovação
4 pontos

Trabalho de revisão/ relato de caso com tema nada inovador e nenhuma perspectiva para o assunto. (0 pontos)	
Trabalho de revisão/relato de caso, com tema pouco inovador e pouca perspectiva para o assunto. (1 ponto)	
Trabalho original, com tema pouco inovador e pouca perspectiva para o assunto. (2 pontos)	
Trabalho de revisão/relato de caso, com tema inovador e novas perspectivas para o assunto. (3 pontos)	
Trabalho original, com tema inovador e novas perspectivas para o assunto. (4 pontos)	

Relevância
2 pontos

Tema nada relevante (0 pontos)	
Pouco relevante (1 ponto)	
Relevante (2 pontos)	

INTRODUÇÃO
2 pontos

Apresenta razões da relevância do estudo (0 a 1 ponto)	
Indica claramente os objetivos da investigação (0 a 0,5 pontos)	
Define abreviaturas e termos especializados (0 a 0,5 pontos)	

MATERIAL E MÉTODOS
1 ponto

Trabalho não atende ao rigor científico, trazendo metodologia inapropriada para o tema proposto e irreprodutível a partir das informações disponibilizadas. (0 pontos)	
Trabalho respeita o rigor científico, apresentando metodologia adequada e válida para o tema proposto, reprodutível a partir das informações. (1 ponto)	

RESULTADOS

2 pontos

Resultados apresentados nada claros e ordem lógica não são condizentes. Valor estatístico não adequado ou não existente. (0 pontos)	
Resultados apresentados pouco claros e ordem lógica não são condizentes. Valor estatístico não adequado ou não existente. (1 ponto)	
Resultados apresentados com clareza, em ordem lógica e condizentes. Valor estatístico adequado. (2 pontos)	

DISCUSSÃO

2 pontos

A discussão é nada coerente com os resultados e contextualizada com a literatura existente. (0 pontos)	
A discussão é parcialmente coerente com os resultados e contextualizada com a literatura existente. (1 ponto)	
A discussão é coerente com os resultados e contextualizada com a literatura existente. (2 pontos)	

REFERÊNCIAS

2 pontos

Nenhuma das referências foram publicadas nos últimos 5 anos (0 pontos)	
Menos de 70% das referências foram publicadas nos últimos 5 anos. (1 ponto)	
Mais de 70% das referências foram publicadas nos últimos 5 anos. (2 pontos)	

RESUMOS

COVID-19 E SUAS IMPLICAÇÕES NO SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA EM HIPERTENSOS

SANTOS, Gabrielly Paula¹; VIEIRA, Mariana Soares²; MAIA*, Lorena Fernandes³

RESUMO

Introdução: A COVID-19 é uma doença causada pelo SARS-CoV-2. O SARS-CoV-2 possui como receptor principal a enzima conversora da angiotensina 2 (ECA2), evidenciada no coração, pulmões, rins e trato gastrointestinal. Por interagir com este receptor nas células humanas, muitas questões foram levantadas a respeito da associação hipertensão arterial sistêmica (HAS), sistema renina angiotensina aldosterona (SRAA) e COVID-19. A hipertensão arterial promove a exacerbação do sistema imune adaptativo, como consequência a HAS concomitante com a COVID-19 pode auxiliar na acentuação da resposta inflamatória piorando o quadro. Dessa forma, os portadores de HAS que frequentemente utilizam inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA) e bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA) e que, portanto, poderiam cursar com aumento da expressão de receptores da ECA2, foram suspeitos de maior risco de infecção e gravidade da doença. Logo, inúmeros estudos foram feitos para avaliar se havia alguma relação entre a COVID-19 e o uso dessas drogas em relação à pior evolução de tais pacientes. **Objetivo:** Compreender a associação entre COVID-19 e o SRAA e quais implicações o uso de drogas como IECA e BRA poderiam ter na evolução dos pacientes acometidos pelo SARS-CoV-2. **Método:** Este estudo consiste em uma revisão bibliográfica de publicações relevantes nas bases de dados PubMed, Scielo e Google Scholar no período de janeiro de 2020 a agosto 2020, sem restrição de idioma. Estudos que não abordavam sobre o SARS-CoV-2, COVID, HAS foram excluídos. **Resultados:** Pacientes portadores de miocardiopatia hipertensiva apresentaram uma maior taxa de hospitalização, entretanto estudos mostraram que o uso das classes medicamentosas IECA e BRA em pacientes com HAS e COVID-19 não apresentaram uma pior evolução clínica. Dados evidenciam diminuição do risco de hospitalização nos usuários destas classes de drogas apresentando menor nível sérico de interleucina 6 (IL-6) e maior número de células T CD3 e CD8, além da diminuição do pico viral e inibição do SRAA, contribuindo para diminuição da inflamação. **Conclusão:** Os estudos não evidenciam desfechos piores em usuários de IECA e BRA quando comparados a pacientes em uso de outras drogas anti-hipertensivas infectados com a COVID-19. Portanto, é recomendado a manutenção de tais medicamentos mesmo na presença de COVID-19, visto que não há evidências de evolução desfavorável neste grupo de pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Hipertensão Arterial Sistêmica. Doença pelo Novo Coronavírus (2019-nCoV). Bloqueadores do Receptor Tipo 1 de Angiotensina II.

Referências:

- 1- Brito VP, Dias FLT, Oliveira S. Hipertensão arterial sistêmica, uso de bloqueadores dos receptores de angiotensina II e inibidores da enzima conversora da angiotensina e COVID-19: Uma revisão sistemática. *InterAm J Med Health* 2020; 3:1-6.
- 2- Tadic M, Cuspidi C, Mancia G, Dell'Oro R, Grassi G. COVID-19, hypertension and cardiovascular diseases: Should we change the therapy?. *Pharmacol Res* 2020; 158:104906.
- 3- de Barros GM, Filho JBRM, Júnior ACM. Considerations about the relationship between hypertension and the prognosis of COVID-19. *J Health Biol Sci* 2020; 8(1):1-3.
- 4- Salazar M, Barochiner J, Espeche W, Ennis I. COVID-19, hipertensión y enfermedad cardiovascular. *Hipertens Riesgo Vasc.* 2020; 37(4): 176-180.
- 5- Golpe R, Pérez-de-Llano LA, Dacal D, Guerrero-Sande H, Pombo-Vide B, Ventura-Valcárcel P. Risk of severe COVID-19 in hypertensive patients treated with renin-angiotensin-aldosterone system inhibitors. *MEDCLIN.* 2020; 5274: 1-3.

1. Universidade José do Rosário Vellano, gabrielly454020@hotmail.com

2. Universidade José do Rosário Vellano, marisoaresv16@gmail.com

3. Universidade José do Rosário Vellano, lorena.maia@unifenas.br

Resumo

DIABETES MELLITUS DO TIPO 2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO NARRATIVA

BUENO, Larissa Fernanda Silva¹; GUIMARÃES, Lorene Braga²; SOUSA*, Lidiane³

1. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH),
lalabueno2011@hotmail.com
2. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH),
lorenebraga@hotmail.com
3. Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS-BH),
lidisousa6@gmail.com

RESUMO

Introdução: O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um distúrbio metabólico heterogêneo, caracterizado pela combinação de resistência à ação da insulina e da incapacidade da célula beta pancreática em manter uma adequada secreção de insulina. Essa doença é considerada um distúrbio emergente em crianças e adolescentes. **Objetivo:** Compreender, por meio de revisão narrativa da literatura, a prevalência, fatores de risco e as possíveis complicações associadas ao diagnóstico de DM2 em crianças e adolescentes. **Metodologia:** Foi feita uma revisão de literatura por meio das bases de dados: Pubmed, Scielo e Google Acadêmico, utilizando como descritores: “diabetes mellitus type 2”, “prevalence” e “child and adolescent”, determinados a partir do DeCS (descritores em ciência da saúde), a partir dos quais foram obtidos 10 artigos que se encaixaram nos critérios de inclusão. **Resultados:** A prevalência de DM2 em crianças e adolescentes aumentou em todo mundo nas últimas décadas, sendo responsável por mais de 200 diagnósticos por dia nesse grupo. Esse aumento coincidiu com a epidemia de obesidade, sendo essa relacionada ao sedentarismo e as dietas hipercalóricas e hipergordurosas. Além da obesidade, outros fatores de risco são: história familiar de DM2 (primeiro ou segundo parentes de grau), mães com histórias de diabetes gestacional, raça / etnia de alto risco: asiático, negro, hispânico, indígenas, falta de aleitamento materno, baixo peso ao nascer e macrosomia. Observa-se também, que as meninas possuem uma taxa de prevalência 60% maior que os meninos. A DM2 em crianças e adolescentes parece ser uma doença mais agressiva que a patologia de início tardio, uma vez que tem uma progressão mais rápida. Estima-se que adolescentes com diagnóstico de DM2 precoce tenham diminuição de cerca de 15 anos da sua expectativa de vida em comparação com os que não tem a doença. Sendo as principais complicações: hipertensão, hipertrigliceridemia, nefropatia, retinopatia, neuropatia e depressão. **Conclusão:** O aumento da prevalência de DM2 em crianças e adolescentes principalmente em função da epidemia de obesidade na atualidade pode ser considerado um grande problema de saúde pública, por afetar não apenas a funcionalidade presente, mas também aumentar a morbidade a longo prazo e até mesmo a mortalidade. Dessa maneira, são necessárias estratégias de prevenção, principalmente voltadas para a obesidade, a fim de diminuir a incidência de DM2 em crianças e adolescentes.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes mellitus do tipo 2. Prevalência. Crianças e Adolescentes.

Referências:

- 1-Candler TP, Mahmoud O, Lynn RM, Majbar AA, Barrett TG, Shield JPH. Continuing rise of Type 2 diabetes incidence in children and young people in the UK. *Diabet Med.* 2018;35(6):737–44.
- 2-Frazier JA, Faber J. and Adolescents. 2011;30(4):404–10.
- 3-Nadeau KJ, Anderson BJ, Berg EG, Chiang JL, Chou H, Copeland KC, et al. Youth-onset type 2 diabetes consensus report: Current status, challenges, and priorities. *Diabetes Care.* 2016;39(9):1635–42.
- 4-Neu A, Bürger-Büsing J, Danne T, Dost A, Holder M, Holl RW, et al. Diagnosis, Therapy and Follow- Up of Diabetes Mellitus in Children and Adolescents. *Exp Clin Endocrinol Diabetes.* 2019;127(Sup. 1):S39–72.
- 5-Stevens LM, Lynn C, Glass RM. Type 2 diabetes mellitus in children. *J Am Med Assoc.* 2001;286(12):1536.
- 6-Cambizaca Mora Grace del Pilar, Castañeda Abascal Ileana, Sanabria Giselda. Sobre peso, obesidad y diabetes mellitus 2 en adolescentes de América Latina en 2000-2010. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2015; 31(2): 217-31.
- 7-Gabbay Monica, Cesarini Paulo R., Dib Sergio A. Diabetes melito do tipo 2 na infância e adolescência: revisão da literatura. *J. Pediatr.* 2003; 79(3): 201-08.
- 8-Souza, Milena R., et al. "Análise da prevalência de resistência insulínica e diabetes mellitus tipo 2 em crianças e adolescentes obesos." *Arq Cienc Saude.* 2004; 11(4): 215-8.
- 9-Corrêa, F. H. Diabetes Mellitus tipo 2 na criança e no adolescente. *Adolescência e Saude.* 2004; 1(2):19-22.
- 10-Macêdo, S. F. D., Araújo, M. F. M. D., Marinho, N. P. B., Lima, A. C. S., Freitas, R. W. F. D., & Damasceno, M. M. C. Fatores de risco para diabetes mellitus tipo 2 em crianças. *Revista Latino- Americana de Enfermagem.* 2010; 18(5), 936-942.

POTENCIAIS MECANISMOS ENVOLVIDOS NA LESÃO RENAL AGUDA NA COVID-19

Santos, Milena Pereira¹; Penido, Eduardo Augusto Resende²; Reis, Otávio Lima dos³; Penido, Goretti Moreira Guimarães Penido⁴

RESUMO

Introdução: Em 2019, foi identificado em Wuhan, China, um novo vírus da família Coronaviridae, o SARS-CoV-2. A infecção por esse patógeno causa a doença denominada COVID-19, que evoluiu para uma pandemia. O espectro clínico inicial é caracterizado por tosse, dispnéia, febre ou infecções assintomáticas. Entretanto, em alguns casos há evolução para lesão renal aguda (LRA), agravando o prognóstico. Os potenciais mecanismos de danos renais nesses pacientes podem ser classificados em: dano estimulado por citocinas, crosstalk entre órgãos e efeito citopático. **Objetivo:** Descrever os principais mecanismos para a LRA na Covid-19 de acordo com a literatura existente até o momento. **Métodos:** Foi realizada revisão bibliográfica nas seguintes bases de dados: Pubmed, MEDLINE e UpToDate. A elaboração deste estudo implicou na leitura de artigos de revisão e estudos primários com os descritores Lesão Renal Aguda e COVID-19. **Resultados:** Pacientes com COVID-19 podem apresentar intensa resposta imune, o que gera uma tempestade de citocinas pró-inflamatórias, como o fator de necrose tumoral alfa (TNF-alfa). Um dos mecanismos de lesão renal é a elevação dos níveis de TNF-alfa, que reduz a contratilidade dos músculos do coração e dos vasos. Isso provoca hipotensão e, conseqüentemente, uma menor perfusão renal. Outro mecanismo da injúria renal é o efeito citopático direto do vírus nos rins. Sabe-se que nas células renais existem enzimas conversoras de angiotensina 2 (ECA-2), que são utilizadas como receptores para a entrada do vírus nas células. Conseqüentemente, o SARS-CoV-2 infecta as células tubulares e os podócitos induzindo a necrose tubular aguda. Pode-se destacar, também, a Síndrome Pulmão-Rim e a Síndrome Cardiorrenal tipo 1 (SCR-1) como outro mecanismo de dano renal agudo. O crosstalk pulmão-rim é o resultado da hipóxia medular renal provocada pela Síndrome Respiratória Aguda Grave. Já a SCR-1 decorre da hipoperfusão renal devido a disfunção cardíaca aguda. **Conclusão:** Pacientes com COVID-19 podem evoluir com complicações e rapidamente apresentar quadro clínico de LRA. Assim, é necessário que essa condição seja identificada precocemente devido a sua gravidade. Desta forma, é importante identificar as alterações clínicas e laboratoriais para verificar possíveis danos renais pela COVID-19. As terapias renais substitutivas podem ser requeridas para o tratamento, caso haja evolução da LRA.

PALAVRAS-CHAVE: COVID-19; Lesão renal aguda e Citocinas.

Referências:

1. Ronco C, Reis T. Kidney involvement in COVID-19 and rationale for extracorporeal therapies. *Nat Rev Nephrol* [Internet]. 2020;16(6):308–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/s41581-020-0284-7>
2. Pan X wu, Xu D, Zhang H, Zhou W, Wang L hui, Cui X gang. Identification of a potential mechanism of acute kidney injury during the COVID-19 outbreak: a study based on single-cell transcriptome analysis. *Intensive Care Med*. 2020;46(6):1114–6.
3. Yin W, Zhang PL. Infectious pathways of SARS-cov-2 in renal tissue. *J Nephropathol* [Internet]. 2020;9(4):e37–e37. Available from: <https://doi.org/10.34172/jnp.2020.37>
4. Su H, Yang M, Wan C, Yi LX, Tang F, Zhu HY, et al. Renal histopathological analysis of 26 postmortem findings of patients with COVID-19 in China. *Kidney Int* [Internet]. 2020;98(1):219–27. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.kint.2020.04.003>
5. Diao B, Wang C, Wang R, Feng Z, Tan Y, Wang H, et al. Human Kidney is a Target for Novel Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) Infection. 2020;2.
6. Qian J-Y, Wang B, Liu B-C. Acute Kidney Injury in the 2019 Novel Coronavirus Disease. *Kidney Dis*. 2020;1–6.
7. Ng JJ, Luo Y, Phua K, Choong AMTL. Acute kidney injury in hospitalized patients with coronavirus disease 2019 (COVID-19): A meta-analysis. *J Infect*. 2020;(xxxx):10–3.
8. Hirsch JS, Ng JH, Ross DW, Sharma P, Shah HH, Barnett RL, et al. Acute kidney injury in patients hospitalized with COVID-19. *Kidney Int*. 2020;98(1):209–18.
9. Wang D, Yin Y, Hu C, Liu X, Zhang X, Zhou S, et al. Clinical course and outcome of 107 patients infected with the novel coronavirus, SARS-CoV-2, discharged from two hospitals in Wuhan, China. 2020;1–9.
10. Sise ME, Baggett M V., Shepard JAO, Stevens JS, Rhee EP. Case 17-2020: A 68-year-old man with Covid-19 and acute kidney injury. *N Engl J Med*. 2020;382(22):2147–56.
11. Ronco C, Reis T, Husain-Syed F. Management of acute kidney injury in patients with COVID-19. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2020;8(7):738–42. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600\(20\)30229-0](http://dx.doi.org/10.1016/S2213-2600(20)30229-0)
12. Adapa S, Aeddula NR, Konala VM, Chenna A, Naramala S, Madhira BR, et al. COVID-19 and Renal Failure: Challenges in the Delivery of Renal Replacement Therapy. *J Clin Med Res*. 2020;12(5):276–85.
13. Pei G, Zhang Z, Peng J, Liu L, Zhang C, Yu C, et al. Renal involvement and early prognosis in patients with COVID-19 pneumonia. *J Am Soc Nephrol*. 2020;31(6):1157–65.
14. Battle D, Soler MJ, Sparks MA, Hiremath S, South AM, Welling, et al. Acute Kidney Injury in COVID-19: Emerging Evidence of a Distinct Pathophysiology. *J Am Soc Nephrol*. 2020; 31:1380–1383.
15. Palevsky PM, Radhakrishnan J, Townsend RR. Coronavirus disease 2019 (COVID-19): Issues related to kidney disease and hypertension. *UpToDate*. 2020.

1. FAME/FUNJOB, milenapereirasantos@hotmail.com
2. FCMMG, penidoeduardo98@gmail.com
3. FCMMG, mariagorettipenido@gmail.com
4. Unidade de Nefrologia Pediátrica do Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte,

Resumo

RECIDIVA DE SÍNDROME HEMOLÍTICO-URÊMICA ATÍPICA NA INFÂNCIA APÓS DESCONTINUIDADE DO USO DE ECUZUMAB: RELATO DE CASO

Eduardo Augusto Resende Penido¹, Milena Pereira Santos², Mariana Guimarães Penido de Paula³, Mariana Marta de Oliveira Antunes⁴, Maria Goretti Moreira Guimarães Penido⁵

1. FCMMG, penidoeduardo98@gmail.com
2. FAME/FUNJOB, milenapereirasantos@hotmail.com
3. Unidade de Nefrologia Pediátrica do Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte, mariagorettipenido@gmail.com
4. Unidade de Nefrologia Pediátrica do Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte,
5. Unidade de Nefrologia Pediátrica do Serviço de Nefrologia da Santa Casa de Belo Horizonte,

RESUMO

Introdução: A Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) se enquadra no espectro de doenças da microangiopatias trombóticas. Na prática clínica, a SHU é classificada como típica ou atípica (SHUa). A SHUa é uma consequência de mutações em genes que codificam as proteínas da via alternativa do complemento, resultando em ativação desinibida dessa via e, assim, na formação do complexo de ataque à membrana. Isso causa dano ao endotélio renal, levando à ativação da cascata de coagulação e microangiopatia trombótica. As características clínicas da SHU são: anemia hemolítica, plaquetopenia e disfunção renal. **Descrição do Caso:** Lactente de 4 meses, do sexo masculino, proveniente de Barão de Cocais, Minas Gerais, foi admitido no serviço de Nefrologia Pediátrica da Santa Casa de Belo Horizonte. O paciente apresentou quadro de palidez cutâneo-mucosa, associada a prostração por 1 semana. Na avaliação primária, constatou-se grave anemia e plaquetopenia. Exames adicionais revelaram piora da função renal, hiperuricemia e elevação de lactato desidrogenase. O paciente evoluiu com piora da anemia e plaquetopenia, disfunção renal progressiva e hipertensão arterial, optando-se por uma terapia renal substitutiva. Posteriormente, foi indicado o início de Eculizumab devido a suspeita de SHUa. Após esta conduta, o paciente obteve estabilização dos valores de hemoglobina e plaquetas, além da melhora da função renal. Foram feitos acompanhamentos ambulatoriais com manejo de Eculizumab, com boa resposta clínica. Entretanto, houve indisponibilidade do medicamento, resultando em descontinuidade do tratamento. A assistência foi realizada sem intercorrências, até quando apresentou hematúria, anemia, plaquetopenia e piora de escórias renais. Houve reinternação, transfusão de concentrado de hemácias e nova dose de Eculizumab. Ocorreu melhora completa da função renal, anemia e plaquetopenia. **Discussão:** O diagnóstico da SHUa é feito com base na apresentação clínica dos achados da tríade clássica de anemia hemolítica, trombocitopenia e lesão renal aguda. O tratamento deve ser feito com medidas de suporte e de manejo da via do complemento, como o Eculizumab. **Considerações Finais:** A SHUa é uma doença rara e com prognóstico ruim. Observou-se que o Eculizumab foi uma excelente opção terapêutica. Entretanto, as recidivas são possíveis nos casos de descontinuidade, uma vez que o tempo de tratamento ainda não está muito bem definido, o que demanda mais estudos para estabelecer um tempo mínimo adequado.

Palavras-chave: Síndrome hemolítico-urêmica atípica. Anemia hemolítica. Insuficiência renal.

Referências:

1. Kavanagh D, Goodship TH, Richards A. Atypical hemolytic uremic syndrome. *Semin Nephrol.* 2013;33(6):508–30.
2. Vaisbich MH. Hemolytic-Uremic Syndrome in childhood. *J Bras Nefrol.* 2014;36(2):208–20.
3. Canpolat N. Hemolytic uremic syndrome. *Turk Pediatr Ars.* 2015;50(2):73–82.
4. Zhang K, Lu Y, Harley KT, Tran MH. Atypical hemolytic uremic syndrome: A brief review. *Hematol Rep.* 2017;9(2):7053.
5. Wijnsma KL, Duineveld C, Wetzels JFM, van de Kar NCAJ. Correction to: Eculizumab in atypical hemolytic uremic syndrome: strategies toward restrictive use. *Pediatric Nephrol.* 2019;34(4):741–2.
6. Kim SH, Kim HY, Kim SY. Atypical hemolytic uremic syndrome and eculizumab therapy in children. *Korean J Pediatr.* 2018;61(2):37–42.
7. Menne J, Delmas Y, Fakhouri F, Licht C, Lommel Å, Minetti EE, et al. Outcomes in patients with atypical hemolytic uremic syndrome treated with eculizumab in a long-term observational study. *BMC Nephrol.* 2019;20(1):125.
8. Merrill SA, Brittingham ZD, Yuan X, Moliterno AR, Sperati CJ, Brodsky RA. Eculizumab cessation in atypical hemolytic uremic syndrome. *Blood.* 2017;130(3):368–72.
9. Azarfar A, Ghorban Sabbagh M, Ravanshad Y, Esmaeili M, Mehrad-Majd H, Oveisi Sani A, et al. A systematic review on the efficacy and safety of eculizumab for atypical hemolytic uremic syndrome. *J Ren Inj Prev.* 2019;8(2):116–21.
10. Farias JSH, Cunha JPP, Lagana CCC, Gallucci MC, Chula DC, Soares MF, et al. A case of renal recovery in atypical hemolytic uremic syndrome treated with eculizumab. *J Bras Nefrol.* 2016;38(1):137–41.
11. Arnold DM, Patriquin CJ, Nazy I. Thrombotic microangiopathies: A general approach to diagnosis and management. *CMAJ.* 2017;189(4):E153–9.

ABORDAGEM TERAPÊUTICA DA CRISE HIPERTENSIVA

Maria Luiza Mota Vidal¹, Pedro Saddi de Carvalho², Gustavo Micena de Araújo³

RESUMO

Introdução: Problema crescente de saúde pública mundial, a hipertensão é uma condição clínica multifatorial que atinge cerca de 33% da população adulta norte americana.¹ Dentre as doenças que cursam com elevação aguda da PA, enfatiza-se a crise hipertensiva, que se divide em urgência(UH) e emergência hipertensiva(EH), ambas apresentam pressão diastólica >120 mmHg, porém o que as difere é a presença de lesão de órgãos alvo(LOA) nas emergências, especialmente nos sistemas cardiovascular, renal, nervoso e retina.² **Objetivos:** Abordagem prática para o manejo do paciente em situações de crise hipertensiva, distinção entre UH e EH, com foco principal na terapêutica administrada. **Métodos:** Revisão bibliográfica na plataforma online PubMed, onde foram selecionados artigos publicados nos últimos 5 anos no idioma inglês com os descritores hypertensive crisis and treatment e hypertension and emergency, priorizando os que estavam sob contexto demandado, relevantes ao tema. **Resultados:** Após avaliação clínica, exame físico e complementar, sendo o ECG, raio-X de tórax, função renal, eletrólitos e fundoscopia os mais pedidos de rotina; na ausência de LOA, se tem uma UH, usualmente é uma manifestação do descontrole da hipertensão essencial.³ Após observação clínica para afastar a possibilidade de pseudocrise, é feita a terapia oral para redução de PA entre 24-48 horas, utilizando principalmente clonidina e captopril, evitando também a hipotensão.^{4,5} Paciente liberado após observação, reconhecimento da causa desencadeadora e encaminhamento para serviço ambulatorial.^{5,6} Já na presença de LOA aguda ou progressiva, como, por exemplo, AVC, síndrome coronariana aguda e dissecação de aorta, se refere a EH, necessária internação em UTI para monitorização e administração de medicação intravenosa, visa uma diminuição da PA em cerca de 25% na primeira hora a uma normalização da mesma entre 24-48 horas.⁷ Na escolha medicamentosa, destacam-se como principais: nitroprussiato de sódio, nitroglicerina, metoprolol e hidralazina, reiterando que deve ser feita de acordo com lesão apresentada assim como efeitos adversos.^{8,9} **Conclusões:** É fundamental o diagnóstico preciso da elevação da PA e a detecção ou não de LOA, podendo prevenir o grave curso dessa complicação hipertensiva. Deve-se ter conhecimento das principais causas de EH e também do manejo clínico, além de elaboração de estratégia terapêutica de manutenção com objetivo de proteção a novos episódios de crise.

PALAVRAS-CHAVE: Crise hipertensiva. Emergência. Hipertensão. Tratamento.

Referências:

1. Brathwaite L, Reif M. Hypertensive Emergencies: A Review of Common Presentations and Treatment Options. *Cardiol Clin.* 2019;37(3):275-286.
2. Taylor DA. Hypertensive Crisis: A Review of Pathophysiology and Treatment. *Crit Care Nurs Clin North Am.* 2015;27(4):439-447.
3. Malachias MV. 7th Brazilian Guideline of Arterial Hypertension: Presentation. 7a Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial: Apresentação. *Arq Bras Cardiol.* 2016;107(3 Suppl 3):0.
4. Ipek E, Oktay AA, Krim SR. Hypertensive crisis: an update on clinical approach and management. *Curr Opin Cardiol.* 2017;32(4):397-406.
5. Arbe G, Pastori, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. *Med Clin (Barc).* 2018;150(8):317-322.
6. Wani-Parekh P, Blanco-Garcia C, Mendez M, Mukherjee D. Guide of Hypertensive Crisis Pharmacotherapy. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets.* 2017;17(1):52-57.
7. Maloberti A, Cassano G, Capsoni N, Gheda S, Magni G, Azin GM, et al. Therapeutic Approach to Hypertension Urgencies and Emergencies in the Emergency Room. *High Blood Press Cardiovasc Prev.* 2018;25(2):177-189.
8. Watson K, Broschius R, Devabhaktuni S, Noel ZR. Focused Update on Pharmacologic Management of Hypertensive Emergencies. *Curr Hypertens Rep.* 2018;20(7):56.
9. Cobb A, Thornton L. Sodium Nitroprusside as a Hyperinflation Drug and Therapeutic Alternatives. *J Pharm Pract.* 2018;31(4):374-381.
10. Suneja M, Sanders ML. Hypertensive Emergency. *Med Clin North Am.* 2017;101(3):465-478.

1. Faminas-BH, mlmvidal@hotmail.com
2. Faminas-BH, pedrocarvalhosadi@hotmail.com.br
3. Hospital Vera Cruz, araujo.gustavo@hotmail.com

Resumo

TROMBOSE DE SEIO VENOSO SECUNDÁRIA A GESTAÇÃO: RELATO DE CASO

Gabriela Bueno de Oliveira¹, Mariana Ferreira Eugênio de Paiva²,
Marília Ferreira Eugênio de Paiva³; João Ricardo Leão Oliveira⁴

1. UNIFENAS-BH, gabrielabuen0@hotmail.com
2. UNIFENAS-BH, marianapaiva98@icloud.com
3. UNIFENAS-BH, marilia_p94@hotmail.com
4. Médico, jrleaooliveira@gmail.com

RESUMO

INTRODUÇÃO: A trombose venosa cerebral (TVC) é uma condição rara causada pela oclusão dos seios venosos e/ou das veias cerebrais por trombo. Ocorre em menos de 1% dos casos de acidente vascular cerebral (AVC) e possui prevalência de 5 a cada 1 milhão de pessoas¹. Afeta principalmente indivíduos abaixo dos 50 anos e do sexo feminino². Possui amplo espectro clínico e curso insidioso, sendo comum atraso no diagnóstico¹. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente sexo feminino, 26 anos, 10ª semana de gestação. Admitida em hospital com náuseas e vômitos incoercíveis, associado à cefaleia nova iniciada há uma semana, refratária a analgesia oral e com intensidade forte progressiva, sendo solicitada avaliação neurológica. Realizados exames laboratoriais que vieram normais; ressonância magnética de crânio com venorressonância (VenoRNM) evidenciou apenas sinais de hipertensão intracraniana (HI). Optado por coleta de líquido (LCR) com manometria, que evidenciou aumento da pressão de abertura (300 cm/H₂O). Foram retirados 30 ml de LCR e paciente evoluiu com melhora da cefaleia. Orientado retorno em uma semana para nova punção de alívio com a hipótese diagnóstica de hipertensão intracraniana idiopática. Retornou na semana seguinte com piora da cefaleia, fundoscopia com papiledema e convulsões. LCR mostrou aumento da celularidade e de proteínas, suspeitando de possível encefalopatia infecciosa, mas nova VenoRNM mostrou infarto hemorrágico à direita e lesão isquêmica em lobo frontal esquerdo (não respeitando território arterial) com falhas de enchimento em seios sagital, transverso e sigmóide, achados sugestivos de TVC. Paciente recebeu alta em anticoagulação plena com heparina de baixo peso molecular e acompanhamento ambulatorial. **DISCUSSÃO:** A TVC ocorre devido a condições de trombofilia transitórias (gravidez/puerpério, uso de esteróides e anticoncepcional oral) ou genéticas que aumentam o risco de trombose³. Pode se apresentar clinicamente como: hipertensão intracraniana isolada, déficit neurológico focal, encefalopatia e convulsões¹. A cefaleia é o sintoma mais frequente, afetando cerca de 90% dos pacientes⁴. O diagnóstico de TVC requer alta suspeição clínica e a VenoRNM, considerada padrão ouro⁵. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Desse modo, apesar de rara, devido a sua alta morbidade e mortalidade, a TVC deve ser considerada evitando diagnóstico tardio.

PALAVRAS-CHAVE: Trombose. Veias cerebrais. Cefaleia. Hipertensão intracraniana.

Referências:

1. Boussier MG, Ferro JM. Cerebral venous thrombosis: an update. *Lancet Neurol*. 2007;6(2):162Y170.
2. deVeber G, Andrew M, Adams C, Bjornson B, Booth F, Buckley DJ, et al. Cerebral sinovenous thrombosis in children. *N Engl J Med*. 2001;345(6):417-423.
3. Saposnik G, Barinagarrementeria F, Brown RD, Bushnell CD, Cucchiara B, Cushman M, et al. Diagnosis and management of cerebral venous thrombosis: a statement for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* 2011;42(4):1158-1192.
4. Crassard I, Boussier MG. Headache in patients with cerebral venous thrombosis [in French]. *Rev Neurol (Paris)*. 2005;161(6-7): 706-708.
5. Dentali F, Squizzato A, Marchesi C, Bonzini M, Ferro JM, Ageno W. D-dimer testing in the diagnosis of cerebral vein thrombosis: a systematic review and a meta-analysis of the literature. *J Thromb Haemost*. 2012;10(4):582-589.

SÍNDROME DE MILLER FISHER COM SOBREPOSIÇÃO DE SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: RELATO DE CASO

Victor Augusto de Souza Nébias¹, João Victor Fagundes dos Santos², Marcela Oliveira de Deus³, Sandy Sousa Pinheiro⁴, Gabriel de Deus Vieira⁵

RESUMO

INTRODUÇÃO: A Síndrome de Miller Fisher (SMF), variante da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), caracteriza-se por polirradiculoneuropatia inflamatória de caráter desmielinizante. É marcada pela tríade: ataxia, oftalmoplegia e arreflexia.¹ A SMF é rara, com incidência de 1:1.000.000 anualmente.¹⁻⁵ Existem algumas variantes da síndrome, ainda mais rara, como a SMF com sobreposição de SGB, que pode cursar com a tríade clássica associada à insuficiência respiratória.^{3,4} **DESCRIÇÃO DO CASO:** Mulher, 69 anos, internada em unidade de terapia intensiva do Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina devido à redução da consciência e insuficiência respiratória (IR), sendo necessário a intubação orotraqueal (IOT). Exames iniciais evidenciaram carbonarose importante, com pCO₂ de 200 mmHg. Foram realizadas três tentativas de extubação, contudo, houve necessidade de nova IOT devido à fraqueza da musculatura acessória, quadro não justificado pela função pulmonar. Posteriormente, foi submetida à traqueostomia. Durante anamnese neurológica, relatou cansaço progressivo aos esforços há um mês associado a dispneia, tremor de mãos e hipoguesia. Ao exame neurológico, observou-se nistagmo rotacional discreto, reflexo estilorrádial bilateral 2+, demais arreflexia. Notou-se tremor de mento, decomposição de movimentos de MMII, dismetria bilateral e disdiadococinesia. Suspeitou-se de SMF com sobreposição de SGB. Ao exame do líquido cefalorraquidiano (LCR), evidenciou-se dissociação citoproteica, apresentando 72 mg/dL de proteína e 0 céls/μL. A eletroneuromiografia (ENMG) demonstrou polirradiculopatia desmielinizante sensitivo-motora, sugestivo da doença desmielinizante. A terapêutica baseou-se na imunoglobulina via intravenosa por 5 dias, com posterior estabilização do quadro neurológico. **DISCUSSÃO:** A SMF e suas variantes são diagnosticadas com base clínica associada a exames confirmatórios. Na análise do LCR, é caracterizada por proteína elevada com contagem normal de células. A ENMG evidencia padrão desmielinizante ou axonal.³⁻⁶ Vale ressaltar que é extremamente raro a SMF acarretar IR, e quando presente, sugere que a SMF esteja sobreposta pela SGB.^{3,4,6} **CONCLUSÃO:** Diante do exposto, é de suma importância realizar uma boa anamnese e exame neurológico completo, a fim de buscar sinais sutis que corroboram para a suspeita de um diagnóstico neurológico. Vale salientar a contribuição da boa interpretação de exames suportivos, como análise de líquido e ENMG.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Miller Fisher. Síndrome de Guillain-Barré. Relatos de Casos.

REFERÊNCIAS:

1. Teener JW. Miller Fisher's Syndrome. *Semin Neurol* 2012 Nov; 32(05): 512-516.
2. Cavalcante MVT, Pimentel EFL, Marinho JGM, Ferreira JCA, Azevedo RTN, Ekert MHF. Revisão de literatura: progressão da Síndrome de Miller Fisher. *CBioS*. 2019;5(2):215-226.
3. Damiani D, Laudanna N, Damiani D. Miller Fisher syndrome: diagnosis considerations and differentials diagnosis. *Rev Bras Clin Med*. 2011;9(6):423-427.
4. Othman BA, Raabe J, Kini A, Lee AG. Update: the Miller Fisher variants of Guillain-Barré syndrome. *Curr Opin Ophthalmol*. 2019 Nov;30(6):462-466.
5. Rojas-García R, Gallardo E, Serrano-Munuera C, Luna N, Ortiz E, Roig C, et al. Anticuerpos anti-GQ1b: utilidad de su determinación en el diagnóstico del síndrome de Miller-Fisher. Anti-GQ1b antibodies: usefulness of its detection for the diagnosis of Miller-Fisher syndrome. *Med Clin*. 2001;116(20):761-764.
6. Berg BVD, Walgaard C, Drenthen J, Fokke C, Jacobs BC, Doorn PAV. Guillain-Barré syndrome: pathogenesis, diagnosis, treatment and prognosis. *Nat Rev Neurol* 2014 Aug;10(8):469-482.

1. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, victornebias71@gmail.com
2. Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais - PUC-MG, joavictorfagundesdosantos@gmail.com
3. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, m.oliv.deus@gmail.com
4. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, sandylala3292@gmail.com
5. Hospital Universitário Polydoro Ernani de São Thiago, gabrieldedeusvieira@gmail.com

Resumo

PACIENTE CONTROLADORA DE ELITE, HIV POSITIVO POR ABUSO SEXUAL INFANTIL: RELATO DE CASO

Isabela Junqueira Ferreira¹, Aldinei Luigi de Sousa Gonçalves², João Pedro Pereira Barcelos³, Laylla Luiza Ferreira Azara⁴, Vera Mônica de Sousa⁵

1. Universidade José do Rosário Vellano, belajunq@hotmail.com
2. Universidade José do Rosário Vellano, a_luigi@hotmail.com
3. Universidade José do Rosário Vellano, joaoppbarcelos@gmail.com
4. Universidade José do Rosário Vellano, laylla_fa18@hotmail.com
5. Docente da Faculdade Unival e Pediatra na instituição CRASE-GV, veramds@hotmail.com

RESUMO

Introdução: O abuso sexual infantil (ASI) é um problema de saúde pública e violação dos direitos humanos. Ocorre quando uma criança é submetida à atividade sexual a qual não pode dar consentimento. Anualmente, é estimado que cerca de 40 milhões de crianças e adolescentes sofram abuso sexual, porém este número pode estar subestimado. A maioria dos casos de abuso sexual ocorrem em meninas de 5 e 10 anos, sendo comum nos espaços doméstico, familiar e escolar, ganhando pouca visibilidade pública e ocasionando pouca busca aos serviços de saúde. **Descrição:** Paciente feminina, 14 anos, mãe HIV positivo, que realizou pré-natal e terapia anti-TARV (terapia antirretroviral) desde o 3º mês de gestação. Ao nascimento, paciente apresentou carga viral (CV) negativa, recebendo profilaxia por 6 semanas com zidovudina. No seguimento, foram obtidas novas CVs negativas e, aos 2 anos, recebeu alta, pois não houve transmissão vertical. Aos 10 anos, paciente apresentou paresia MMII, desidratação e vômitos, seguidos por dermatite descamativa difusa. Devido a esse quadro, foi realizada nova sorologia para HIV, com resultado reagente e imunoblot positivo, levando a hipótese de ASI, confirmada pela vítima na psicoterapia. Para corroborar com o diagnóstico, o exame ginecológico apresentou rompimento de hímen. O caso foi encaminhado ao Conselho Tutelar e a paciente fez acompanhamento no ambulatório de HIV pediátrico, sem usar TARV, com a última carga viral de 414, em julho de 2020, colocando-a como uma possível controladora de elite. Atualmente está em uso de TARV e faz acompanhamento no ambulatório para adultos. **Discussão:** O abuso sexual infantil gera graves consequências para a saúde das vítimas, impactando o seu desenvolvimento psicossocial. Além disso, há a possibilidade de uma gravidez indesejada e de adquirir Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), como o HIV. Por isso, a profilaxia para IST é indicada quando a vítima chega ao atendimento até 72 horas após o abuso. Entretanto, a procura médica pode demorar, dificultando a profilaxia e os primeiros cuidados, gerando um risco maior à criança. Isso ocorre principalmente pelo perfil das vítimas, que normalmente são submissas aos seus agressores, apresentando medo, vergonha e culpa. **Conclusão:** Tendo em vista o perfil das vítimas e a subnotificação de violência sexual, é fundamental o olhar atento das equipes de saúde às violências ocultas, de forma humanizada, e promover o encaminhamento e cuidado o mais precoce possível.

Palavras-chave: HIV. Delitos Sexuais. Doenças Sexualmente Transmissíveis. Pediatria.

Referências:

1. Marconi JS, Mascarenhas MDM, Rodrigues MTP, Monteiro RA. Caracterização da violência sexual contra crianças e adolescentes na escola. *Epidemiol Serv Saude*. 2018 Jun 11;27(2):e2017059.
2. Acosta LMW, Gonçalves TR, Barcellos, NT. Coinfecção HIV/sífilis na gestação e transmissão vertical do HIV: um estudo a partir de dados da vigilância epidemiológica. *Rev Panam Salud Publica*. 2016 Dec;40(6):435-442.
3. Pfeiffer L, Salvagni EP. Visão atual do abuso sexual na infância e adolescência. *J Pediatr*. 2005;81(5 Supl):S197-S204.
4. Campos MAMDR, Schor, N. Violência sexual como questão de saúde pública: importância da busca ao agressor. *Saude Soc*. 2008;17(3):190-200.
5. Platt VB, Back IC, Hauschild DB, Guedert J M. Violência sexual contra crianças: autores, vítimas e consequências. *Cien Saude Colet*. 2018 Apr;23(4):1019-1031.

“DE BEM COM A VIDA”: MONITORANDO A SAÚDE FÍSICA E MENTAL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19 COM O USO DE CHATBOT

MOREIRA, Bruno Nascimento¹; MATOS, Marcelle Amaral de²; FARIA, Rosa Malena Delbone³; MIRANDA, Marcone Alves⁴; MOURA, Alexandre Sampaio⁵

RESUMO

A circulação do SARS-COV-2 tem exposto os profissionais de saúde à riscos a sua saúde física e mental durante o atendimento a pacientes com COVID-19. Por conta da incerteza e insegurança gerados pela epidemia,¹ o consumo físico, emocional e mental destes profissionais é aumentado, podendo o medo ser mais assustador que a doença em si^{2,3}, e levando a uma perda da motivação e tendência a sentimentos progressivos de inadequação e fracasso.⁴ A identificação precoce do esgotamento mental e de sintomas de COVID-19 é uma ação para cuidar de quem cuida e também para prevenção ao adoecimento e ao afastamento do trabalho. Esse trabalho tem como objetivo apresentar os resultados preliminares do rastreamento por chatbot, de sintomas sugestivos de COVID-19 e de burnout entre residentes e especializando que atuam no enfrentamento da pandemia. O chatbot desenvolvido por equipe multidisciplinar foi denominado “de Bem com a Vida” e está monitorando a saúde de residentes, especializando médicos e multiprofissionais, por meio de mensagens de texto. O monitoramento iniciou em agosto/2020 com duração de 8 semanas. A assistente virtual “Vida”, pergunta diariamente sobre sintomas da COVID-19. Respostas positivas, são encaminhadas ao Centro Especializado em Saúde do Trabalhador (CEST), que é notificado. Respostas negativas recebem medidas gerais de prevenção. Semanalmente é enviada uma pergunta sobre os sentimentos em relação ao trabalho, com respostas indicando níveis crescentes de esgotamento profissional, conforme a resposta, o chatbot encaminha para o Núcleo de Apoio Psicopedagógico (NAP) que também é notificado. Dos 490 profissionais convidados a participar, 172 (35,5%) estão sendo monitorados, sendo 133 médicos e 39 de outras categorias. Nas duas primeiras semanas foram registradas uma média de 89 respostas diárias individuais, e identificados 53 indivíduos com sintomas de COVID-19 e 27 com sinais de exaustão emocional e física pelo chatbot. Dos identificados, 4 foram afastados com confirmação laboratorial, 22 registrados como erro de registro do usuário, 19 não apresentavam sintomas compatíveis com COVID-19, 19 estão realizando acompanhamento psicológico e 16 não responderam ao contato. Os erros de usuário ao selecionar a resposta errada diminuíram com o tempo de uso do sistema. O chatbot está se mostrando uma ferramenta inovadora que permite rastreamento rápido, automático e remoto de profissionais sintomáticos para COVID-19 e em maior risco de esgotamento.

Palavras-chave: COVID-19. Burnout. Chatbot. Telemonitoramento.

Referências:

- 1 - Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. "Pandemic fear" and COVID-19: mental health burden and strategies. *Braz J Psychiatry*. 2020;42(3):232-5.
- 2 - Perrin PC, McCabe OL, Everly Jr GS, Links JM. Preparing for an influenza pandemic: Mental health considerations. *Prehosp Disaster Med*. 2009;24(3):223-30.
- 3 - Wu KK, Chan SK, Ma TM. Posttraumatic stress, anxiety, and depression in survivors of severe acute respiratory syndrome (SARS). *J Trauma Stress*. 2005;18(1):39-42.
- 4 - Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. 1981;2(2):99-113.

1. FSCBH, brunonmoreira1@gmail.com
2. Universidade José do Rosário Vellano, marcelleamaral34@gmail.com
3. FSCBH, rosamalina@santacasabh.org.br
4. FSCBH, marconealves@santacasabh.org.br
5. FSCBH, alexandresmoura@gmail.com

ABORDAGEM COMPARATIVA ENTRE A SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA NAS CRIANÇAS RELACIONADO A COVID- 19 E A DOENÇA DE KAWASAKI

VIEIRA, Mariana Soares¹; CHAVES, Gabriela Oliveira²; DEUS, Marcela Oliveira de³; PINHEIRO, Sandy Sousa⁴; NUNES, Kelly Jackeline⁵

1. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, marisoaresv16@gmail.com
2. Centro Universitário de Belo Horizonte (UNIBH), gochavess@gmail.com
3. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, m.oliv.deus@gmail.com
4. Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, sandy.pinheiro@aluno.unifenas.br
5. Hospital Risoleta Tolentino Neves. E-mail: kellyjnmatos@gmail.com

RESUMO

Introdução: A COVID-19 é uma doença provocada pelo novo coronavírus intitulado Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Identificada no final de 2019 na China, disseminou-se rapidamente por vários países, levando a Organização Mundial da Saúde, em março de 2020, decretar estado de pandemia. A princípio acreditava-se que essa doença não apresentava muitas repercussões no grupo pediátrico, sendo oligossintomática ou assintomática.¹ Entretanto, no Reino Unido em abril de 2020 foi reportado casos semelhantes à Doença de Kawasaki (DK) incompleta em crianças com COVID-19. Essa condição foi denominada Síndrome Inflamatória Multissistêmica nas Crianças (MIS-C).^{2,3} Há uma considerável sobreposição fenotípica de MIS-C e DK, aproximadamente, 40 a 50% das crianças com MIS-C preencheram os critérios para DK completa ou incompleta. Assim, com a presença do anticorpo positivo para COVID-19, torna-se um desafio distinguir os pacientes que têm características de DK e MIS-C.^{4,5} **Objetivos:** Compreender as diferenças das repercussões da DK e MIS-C. **Método:** O estudo trata-se de uma revisão narrativa, cuja busca dos artigos ocorreu pelas bases de dados PubMed, Scielo e Google acadêmico, com a seleção de artigos publicados no período entre abril a agosto de 2020. Nessa revisão, foram excluídos estudos que incluíam a faixa etária acima de 20 anos e aqueles que não abordavam a temática. **Resultados:** A MIS-C se assemelha com a DK, principalmente na sua forma incompleta, caracterizada por febre prolongada, exantema, diarreia, linfadenopatia e altos níveis de biomarcadores inflamatórios. Além disso, ambas apresentam dilatação e aneurismas das coronárias em 25% dos casos. Em relação às idades prevalentes na DK predomina crianças do sexo masculino com menos que 5 anos, já na MIS-C em torno de 10 anos.^{2,3,6} Percebe-se um maior acometimento do sistema cardiovascular com maior número de casos de choque cardiogênico e um aumento dos níveis de troponina e peptídeo natriurético cerebral na MIS-C.⁷ Os sintomas gastrointestinais são mais comuns na MIS-C que na DK.^{4,5} **Conclusão:** É de suma importância distinguir as manifestações clínicas da DK e MIS-C, de forma que haja uma melhor conduta médica e um tratamento mais efetivo para os pacientes pediátricos envolvidos.

Palavras-chave: COVID-19. Doenças de Kawasaki. Doença Multissistêmica Inflamatória de Início na Infância. Pediatria.

Referências:

1. Oviedo N, Carvalho G. COVID-19 em Pediatria: O Muito que Ainda Não se Sabe!. *Gazeta Médica*. 2020 Jun;7(2):192-8.
2. Belhadj Z, Méot M, Bajolle F, Khraiche D, Legendre A, Abakka S, et al. Acute Heart Failure in Multisystem Inflammatory Syndrome in Children in the Context of Global SARS-CoV-2 Pandemic. *Circulation*. 2020 ago;142(5):429-36.
3. Sperotto F, Friedman KG, Son MBF, VanderPluym CJ, Newburger JW, Dionne A. Cardiac manifestations in SARS-CoV-2-associated multisystem inflammatory syndrome in children: a comprehensive review and proposed clinical approach. *Eur J Pediatr*. 2021 Feb;180(2):307-22.
4. Carter MJ, Fish M, Jennings A, Doores KJ, Wellman P, Seow S et al. Imunofenótipos periféricos em crianças com síndrome inflamatória multissistêmica associada à infecção por SARS-CoV-2. *Nat Med* 2020 ago 18; Epub.
5. Santos BS, Santos FS, Ribeiro ER. Relação clínico-epidemiológica entre sars-cov-2 e doença de kawasaki: uma revisão integrativa da literatura. *Rev paul pediatr*. 2020 ago;39:1-8.
6. Lee PY, Day-Lewis M, Henderson LA, Friedman K, Lo J, Roberts JE, et al. Distinct clinical and immunological features of SARS-COV-2-induced multisystem inflammatory syndrome in children. *J Clin Invest* 2020 Nov;130(11):5942-50.
7. Feldstein LR, Rose EB, Horwitz SM, Collins JP, Newhams MM, Son MBF, et al. Multisystem Inflammatory Syndrome in U.S. Children and Adolescents. *N Engl J Med*. 2020 jul;383(4):334-46.

PRINCIPAIS DIFERENÇAS CLÍNICAS ENTRE DOENÇA DE KAWASAKI TÍPICA E INCOMPLETA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Pedro Saddi de Carvalho¹, Isadora Saddi de Carvalho², Isaac Pêgo Santos³

RESUMO

A doença de Kawasaki (DK) foi descrita no Japão em 1967 e tem sido relatada na América do Norte e Europa com maior frequência e em todas etnias. É uma síndrome febril aguda e vasculite autolimitada, de etiologia desconhecida e mais comum em crianças menores de cinco anos. O quadro clínico da DK típica inicia-se com febre alta por cinco dias ou mais, que não cessa com antibiótico com outros sinais e sintomas sistêmicos. Suspeita-se da forma atípica quando há achados anormais na coronária pelo ecocardiograma e mais dois critérios diagnósticos estabelecidos ou ainda, na presença de febre prolongada, descamação periungueal e mais dois critérios. O objetivo dessa revisão de literatura é destacar a importância crescente da doença no meio pediátrico, assim como sua importância emergencial. Foi realizada revisão bibliográfica em plataforma online, como PubMed e Scielo. O critério de inclusão foi a pesquisa de artigos publicados nos últimos cinco anos, sendo selecionados sete para a elaboração deste trabalho. Sabe-se que os critérios para reconhecimento da doença típica são falhos por serem comuns a outras patologias já bem estabelecidas, o que contribui para um diagnóstico tardio ou inconclusivo. Por esta razão, a doença de Kawasaki atípica deve ser considerada em todas as crianças que apresentem febre por mais de cinco dias somados a dois ou três critérios diagnósticos para a doença. Esta é mais comum em infantes do que em crianças mais velhas, sendo as complicações em artérias coronárias mais frequentes naquela faixa etária, podendo apresentar inflamação, estenose, calcificação e aneurismas, presentes em estádios mais avançados. Assim, a preocupação em diagnosticar a DK Atípica vem aumentando consideravelmente nos últimos anos, com indicação de ecocardiografia para casos suspeitos, sendo que, resultados normais no exame de imagem não exclui diagnóstico. O tratamento reduz diretamente a inflamação na parede da artéria coronária e previne eventos tromboembólicos - altas doses de ácido acetilsalicílico entre seis a oito semanas, associado à imunoglobulina intravenosa. Nos últimos anos a DK têm se mostrado recorrente entre crianças do ocidente, o que leva à necessidade de novos estudos que demonstrem quantitativa e qualitativamente sua mais provável etiologia.

PALAVRAS-CHAVE: Doença de Kawasaki. Síndrome do Linfonodo Mucocutâneo. Arterite. Vasculite Sistêmica.

Referências

- 1 Behmadi M, Alizadeh B, Malek A. Comparison of Clinical Symptoms and Cardiac Lesions in Children with Typical and Atypical Kawasaki Disease. *Med Sci, Basel Switz*, 2019;7(4):63.
- 2 Singh S, Jindal AK, Pilania RK. Diagnosis of Kawasaki disease. *Int J Rheum Dis*, Chandigarh, 2018; 21(1):36-44.
- 3 Arslanoglu Aydin E, Demir S, Aydin O, Bilginer Y, Ozen S. Pleural effusion as an atypical presentation of Kawasaki disease: a case report and review of the literature. *J Med Case Rep*, 2019;13(1):344.
- 4 Ramphul K, Mejias SG. Kawasaki disease: a comprehensive review. *Arch Med Sci Atheroscler Dis*, 2018;3:e41-e45.
- 5 Ramly B. Lymph-node-first Kawasaki disease and giant coronary artery aneurysm. *BMJ Case Rep*, 2019;12(2):bcr-2018-226897.
- 6 Isidori C, Sebastiani L, Esposito S. A Case of Incomplete and Atypical Kawasaki Disease Presenting with Retropharyngeal Involvement. *Int J Environ Res Public Health*, 2019;16(18):3262.
- 7 Aljishi FM, Alsinan A, Almadan B, Almokhtar R, Alsinan T. Diagnosing Incomplete Kawasaki Disease. *Saudi J Med Med Sci*. 2018 Sep-Dec;6(3):172-173.

1. FAMINAS BH, pedrocarvalhosadi@hotmail.com.br
2. UNIFENAS BH, isadorinhascarvalho@gmail.com
3. REDE MATER DEI DE SAÚDE, isacpego@gmail.com

Resumo

HEMITRUNCUS DE ARTÉRIA PULMONAR ESQUERDA EM NEONATO COM APRESENTAÇÕES ATÍPICAS: RELATO DE CASO

Alice Maia Marinho de Andrade¹, Ramona Dias Horta², Hector Jacques Rodrigues de Almeida Santa Gema^{3*}

1 Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, alice.andrade@aluno.unifenas.br;

2 Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, ramona.horta@aluno.unifenas.br;

3 Universidade José do Rosário Vellano - UNIFENAS - BH, hector.gema@unifenas.br

Autor Correspondente: Hector Jacques Rodrigues de Almeida Santa Gema

Instituição: UNIFENAS BH – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Brasil.

RESUMO

INTRODUÇÃO: O Hemitruncus arteriosus (HA) é uma anomalia congênita em que a origem de uma das artérias pulmonares se encontra na aorta ascendente¹. A origem aórtica da artéria pulmonar direita (70 a 80%) é mais frequente do que a da esquerda². Ambas são raras e apresentam alta taxa de mortalidade quando não tratadas no tempo adequado³. **DESCRIÇÃO DO CASO:** Paciente neonato de 14 dias, do sexo masculino que evoluiu com desconforto respiratório precoce, associado a dessaturação, necessitando oxigenioterapia suplementar. Devido a uma piora clínica foi transferido para unidade de terapia intensiva neonatal. Ao exame físico apresentou satO₂ 94% e sopro sistólico Grau V/VI, panfocal. Posteriormente, foi realizado ecocardiograma transtorácico que evidenciou forame oval pérvio, origem anômala da artéria pulmonar esquerda de aorta ascendente, hipertensão arterial pulmonar e canal arterial (CA) para artéria pulmonar (AP) direita aberto. Dessa forma, recebeu diagnóstico de cardiopatia congênita complexa do tipo Hemitruncus- RPE (HRPE) inserido na aorta ascendente. Solicitado então angiotomografia de aorta que revelou arco aórtico à direita, ramo esquerdo AP conectado a aorta ascendente e ausência de CA. Assim, foi realizada cirurgia para ligadura do CA, fechamento CIA (correção de comunicação interatrial), conexão RPE ao TP (tronco pulmonar). O procedimento ocorreu sem intercorrências e com o pós operatório esperado. **DISCUSSÃO:** Com relação ao caso, o RN apresenta anomalias que são comumente associadas ao HRPE, como arco aórtico em posição destra e falha interatrial. Porém, se mostra atípico em relação a ausência da Tetralogia de Fallot, que geralmente é observada, e a presença de CA patente, que não é característica da HRPE. Nessa patologia o diagnóstico deve ser realizado de forma precoce⁴. Dessa forma, com apenas 8 dias de vida o paciente foi diagnosticado e no 13º dia já foi realizada a cirurgia. Isso, refletiu de forma positiva na conclusão do caso, visto que a cirurgia do HA deve ser realizada antes dos 6 meses de vida para redução das chances de complicações, como, principalmente, hipertensão pulmonar irreversível⁵. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Portanto, é notável a presença de várias situações incomuns e pouco relatadas que podem estar associadas ao HA, podendo levar a muitas complicações. Assim, é importante a disseminação desses fatos e informações, para que em casos raros como o do paciente relatado, ocorra um aumento na porcentagem de desfechos de sucesso.

PALAVRAS-CHAVE: Cardiopatia. Neonato. Artéria Pulmonar.

REFERÊNCIAS

1. De la Cruz LR, Alarcón AV, Salas AA, Islas GE, Cerdán AB, Martínez MA. Diagnóstico ecocardiográfico del origen anómalo de una rama de la arteria pulmonar de la aorta ascendente. Archivos de cardiología de México. 2003 [acesso em 23 junho 2020]; 73(2):115-23. Disponível em: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-99402003000200004&lang=pt.
2. Arboleda M, Guzman IND, Ticona E, Morales G, Gloria E, Obregon P et al. Correção cirúrgica da origem anômala de artéria pulmonar direita em aorta ascendente. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2004 [acesso em 23 junho 2020]; 83(6):516-8. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/abc/v83n6/a10v83n6.pdf>.
3. Nathan M, Rimmer D, Piercey G, Pedro J, Mayer JE, Bacha EA et al. Early repair of hemitruncus: excellent early and late outcomes. The Journal of thoracic and cardiovascular surgery. 2007 [acesso em 23 junho 2020]; 133(5):1329-1335. Disponível em: [https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223\(07\)00129-8/fulltext](https://www.jtcvs.org/article/S0022-5223(07)00129-8/fulltext).
4. Rivera IR, Moisés VA, Silva CC, Leal SB, Maluf MA, Andrade JL et al. Anomalous origin of right pulmonary artery from ascending aorta (hemitruncus). Arquivos brasileiros de cardiologia. 2020 [acesso em 23 jun 2020]; 70(5). Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X1998000500007&script=sci_arttext&tlng=pt.
5. Zolfi-gol A, Radvar M, Sedokani A. Hemitruncus Arteriosus in a 10-Day-Old Neonate with Patent Ductus Arteriosus and Thrombocytopenia. Vascular Health and Risk Management. 2020 Apr [acesso em 23 jun 2020]; 16:99-101. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132002/>.

O USO DE CANABIDIOL NO TRATAMENTO DE EPILEPSIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Melo ACGB, Silva ACPM, Teixeira TNV, Sousa L

RESUMO

Introdução: A epilepsia é uma desordem crônica caracterizada por crises convulsivas associadas a descargas elétricas neuronais anormais que afeta quase 70 milhões de pessoas em todo mundo^{1,2}. Mesmo sendo uma condição tratável, aproximadamente 30% dos pacientes não respondem ao tratamento medicamentoso, o que é denominado epilepsia refratária. Esses indivíduos estão sujeitos a crises mais recorrentes e menos previsíveis, o que compromete a qualidade de vida^{3,4}. Dessa forma, tratamentos alternativos, dentre eles o uso dos canabinóides da planta cannabis, especificadamente, o canabidiol (CBD) e o delta-9 tetrahidrocanabinol (THC) têm sido investigados^{5,6}. **Objetivo:** Analisar, por meio de revisão narrativa da literatura, os efeitos descritos até o momento, relacionados ao uso de produtos à base de CBD para o tratamento da epilepsia. **Metodologia:** Para as buscas, foram utilizadas as bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), especificamente, PubMed e Scielo. Foram considerados os trabalhos publicados nos últimos 5 anos e que apresentavam texto disponível na íntegra. Os idiomas selecionados foram inglês e espanhol. **Resultados:** a literatura pesquisada aponta para redução significativa dos eventos convulsivos com uso de CBD, em diferentes diagnósticos, como na Síndrome de Lennox- Gastaut e Dravet^{7,10,11}. Especificamente em pacientes pediátricos, nota-se uma tendência dos pais de buscar tratamentos alternativos, principalmente quando se trata de pacientes com o quadro de epilepsia resistente. Estudos que avaliaram a utilização de extrato oral de CBD para o tratamento de epilepsia refratária, nessa faixa etária, apresentaram uma redução de pelo menos 50% dos eventos convulsivos⁸. Ademais, foi observado melhoria na qualidade de vida, como mudanças positivas no comportamento e interações sociais, na memória e outras funções cognitivas⁹. Quanto aos efeitos adversos, estudos controlados randomizados demonstraram que o CBD resultou em mais efeitos colaterais do que o placebo, mas em sua maioria, bem tolerados, sendo os mais comuns: sonolência, piroxia, diminuição do apetite e diarreia^{4,10,11,12}. **Conclusão:** Os efeitos do CBD para o controle de crises convulsivas na epilepsia foram demonstrados em diferentes estudos. Foi observada uma redução significativa na frequência de eventos convulsivos. Além disso, observou-se que os efeitos adversos foram leves e transitórios, podendo estar relacionados à interações medicamentosas.

PALAVRAS-CHAVE: Canabidiol. Epilepsia. Epilepsia resistente a medicamentos.

Referências bibliográficas

- 1-Espinosa-Jovel C, Toledano R, Aledo-Serrano Á, García-Morales I, Gil-Nagel A. Epidemiological profile of epilepsy in low income populations. *Seizure*. 2018; 56:67-72.
- 2-Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Estimulação elétrica do nervo vago na terapia adjuvante de pacientes pediátricos com epilepsia resistente a medicamentos, sem indicação para cirurgia ressectiva de epilepsia. Brasília: CONITEC; 2018
- 3-Hopker CC, Berberian AP, Massi G, Willig MH, Tonocchi R. A pessoa com epilepsia: percepções acerca da doença e implicações na qualidade de vida. *CoDAS*. 2017; 29(1): e20150236.
- 4-Espinosa-Jovel C. Cannabinoides en epilepsia: eficacia clínica y aspectos farmacológicos. *Neurología*. 2020.
- 5-Brodie MJ, Ben Menachem E. Cannabinoids for epilepsy: What do we know and where do we go? *Epilepsia*. 2018; 59: 291– 296.
- 6-Zaheer S, Kumar D, Khan MT, Giyanwani PR, Kiran F. Epilepsy and Cannabis: A Literature Review. *Cureus*. 2018;10(9):e3278.
- 7-Cross JH, Cock H. A perspective on cannabinoids for treating epilepsy: Do they really change the landscape?. *Neuropharmacology*. 2020;170:107861.
- 8-Devinsky O, Patel AD, Cross JH, Villanueva V, Wirrell EC, Privitera M, et al. Effect of cannabidiol on drop seizures in the lennox-gastaut syndrome. *N Engl J Med*. 2018. 378(20): 1888-1897.
- 9-Devinsky O, Cross JH, Laux L, Marsh E, Miller I, Nabbout R, et al. Trial of cannabidiol for drug-resistant seizures in the dravet syndrome. *N Engl J Med*. 2017; 376:2011–20.
- 10-Treat L, Chapman KE, Colborn KL, Knupp KG. Duration of use of oral cannabis extract in a cohort of pediatric epilepsy patients. *Epilepsia*. 2017; 58: 123-127.
- 11- Rosenberg EC, Louik J, Conway E, Devinsky O, Friedman D. Quality of Life in Childhood Epilepsy in pediatric patients enrolled in a prospective, open-label clinical study with cannabidiol. *Epilepsia*. 2018; 58: e96-e100.
- 12-Devinsky O, Patel, AD, Thiele EA, Wong MH, Appleton R, Harden CL, et al. Randomized, dose-ranging safety trial of cannabidiol in Dravet syndrome. *Neurology*. 2018; 90 (14): e1204-e1211

1 UNIFENAS - BH,
anabaeta30@hotmail.com
2 UNIFENAS - BH,
anaacpmoura@gmail.com
3 UNIFENAS - BH,
tacyaneneiva@hotmail.com
4 UNIFENAS - BH, lidiane.
sousa@prof.unifenas.br

Autor Correspondente: Melo
ACGB

Instituição: UNIFENAS BH –
Universidade José do Rosário
Vellano, Belo Horizonte, Brasil.

Resumo

USO DE PLASMA CONVALESCENTE NO TRATAMENTO DE PACIENTES INTERNADOS COM COVID19: O QUE SABEMOS ATÉ AGORA?

Marina Leite Oliveira¹, Rubens Marques Vieira Dos Santos Filho², Júlia Libório Diniz³,
Rafaela Campos Corrêa Leite⁴, Maria Aparecida Turci⁵

1 UNIFENAS BH, marina_leite12@hotmail.com

2 UNIFENAS BH, rubensfilhomarques@hotmail.com
3 UNIFENAS BH, julialdinizz@gmail.com

4 UNIFENAS BH, rafaelacorrealeite@hotmail.com

5 UNIFENAS BH, mariaturci@gmail.com

Autor Correspondente: Marina Leite Oliveira

Instituição: UNIFENAS BH – Universidade José do Rosário Vellano, Belo Horizonte, Brasil.

RESUMO

Introdução: Em Dezembro de 2019, surgiam os primeiros casos de COVID19 e m Wuhan, na província de Hubei, República Popular da China. Não levou muito tempo até a nova síndrome respiratória aguda causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) se espalhar por todos os continentes, configurando o atual quadro de Pandemia. A COVID19 pode ter uma clínica variada, podendo alguns pacientes se apresentarem assintomáticos ou oligossintomáticos, representando cerca de 80% dos casos. Sintomas inespecíficos como dor abdominal, cefaléia, hiposmia ou disgeusia também são relatados. Entretanto, alguns pacientes podem evoluir para um quadro grave de pneumonia viral levando o paciente a óbito por sepse ou insuficiência respiratória aguda. De frente a esse cenário, o mundo corre contra o tempo para que uma vacina seja encontrada, e ao mesmo tempo, toda a comunidade científica tenta identificar medicações e tratamentos eficazes para os casos graves da doença. É nesse contexto que o uso de plasma convalescente (Imunoterapia passiva - proveniente de pacientes que já entraram em contato com o novo vírus e já produziram anticorpos contra esse), está sendo avaliado como um possível auxiliar no quadro de pacientes graves internados com síndrome respiratória aguda. **Metodologia:** No presente estudo foi feita uma revisão narrativa da literatura, utilizando as bases de dados Scielo, Pubmed e LILACS, a fim de encontrar artigos de revisão atuais sobre o tema. Foram selecionados artigos publicados de Janeiro a Setembro de 2020 sobre o tema, nos idiomas inglês e português, escritos por autores de diversos países, com o objetivo de obter informações de diferentes perspectivas e realidades. **Resultados:** Diante de uma série de estudos foi possível perceber que a transfusão de produtos sanguíneos convalescentes não é uma nova ferramenta clínica em surtos de doenças infecciosas. Os estudos mostram que o uso da imunoterapia passiva envolvendo sangue total convalescente, plasma convalescente, imunoglobulina humana combinada ou anticorpos policlonais e monoclonais, já estão presentes na nossa história há muitos anos. A pandemia de gripe espanhola (1918-1920) foi a primeira infecção viral na qual produtos sanguíneos convalescentes foram considerados efetivos no tratamento. Muitos estudos mostraram resultados positivos para o uso do plasma convalescentes em pacientes criticamente graves pelo novo coronavírus. Em média os pacientes receberam 200 mL desta modalidade de terapia por volta do 16o dia de doença e obtiveram resultados como melhora da oxigenação e redução da inflamação. Além disso, um estudo notou que os títulos de anticorpos neutralizantes dos pacientes aumentaram e as amostras respiratórias foram negativas para SARS-CoV-2 entre 1 e 12 dias após a transfusão. Em geral a maioria dos pacientes apresentaram melhora após o uso do plasma convalescente, sugerindo que a terapia pode ser uma alternativa eficaz a ser utilizada, principalmente durante a pandemia do novo SARS-CoV-2. Diante de todo o exposto, foi possível notar que existem mais estudos mostrando resultados positivos para o uso da terapia com plasma convalescente, quando comparado ao número de estudos com resultados negativos. Por outro lado, vale ressaltar um dado de extrema importância: todos os estudos encontrados com resultados positivos são série de casos realizadas com uma quantidade de pacientes muito pequena. **Conclusão:** que ainda é cedo para afirmar que a terapia com plasma convalescente para pacientes graves internados com COVID19 é realmente efetiva, sendo necessários mais estudos para que esse desfecho seja verdadeiro. **PALAVRAS-CHAVE:** covid 19; plasma convalescente; tratamento covid; complicações covid;

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina-se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:

a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza.

b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.

c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.

d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.

e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.

f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;

g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;

h) Imagem: Fragmentos registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referências para estudo do assunto;

i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto à sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012, e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explícito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.

7. Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Es-

tilo Vancouver - disponível em: <<http://www.icmje.org/>>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referências consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:

a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ões); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);

b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (<http://bvsalud.org/>);

c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;

d. Agradecimentos (Opcional);

e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;

f. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:

a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;

b. Resumo em Português com Palavras-Chave;

c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords

d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);

e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;

f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento

g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;

h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.

